UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 487

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement conservateur dans les annexites

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1902

PAR

Madame M. GUÈS, née GIRONCE

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. RÉMOND, ✪ A., *Président.* — GUILHEM, ✪ A., — MAUREL, O. ✠, ✪ I., — BAUBY, — *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

—

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✻, ✪ I.
Assesseur		FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ I.
Pathologie et thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✻, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire		LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✻, ✪ I. MOSSÉ, ✻, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle		LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, ✪ A.
Chimie		ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle		SUIS, ✪ A.
Médecine légale		GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie		MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, ✪ A.
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique		FRENKEL.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale		MAUREL, O ✻, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY. CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		N...
Physique		CLUZET.
Pharmacie		RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON MARI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A TOUS MES PROFESSEURS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546518_0076

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer mes études, je suis heureuse de pouvoir apporter à mes maîtres mon juste tribut d'hommages et de gratitude pour la bienveillance si grande dont il ne se sont jamais départis à mon égard.

A l'ancienne Ecole de médecine comme à la Faculté, hier comme aujourd'hui après une absence de quelques années, j'ai retrouvé le même bon accueil, et l'étudiante de jadis, devenue demain docteur en médecine, gardera le souvenir ému et reconnaissant de l'indulgence dont firent preuve ses maîtres à son égard.

Il m'est bien doux, en effet, de pouvoir remercier à ce titre d'une façon toute spéciale MM. les Professeurs Caubet, Charpy, Jeannel, Labéda, Maurel, Rémond et MM. les Professeurs agrégés Bauby et Audebert.

Je n'oublierai jamais la sympathie dont voulut bien m'honorer M. le Professeur Rémond dans ses conseils et son enseignement et je lui suis encore particulièrement reconnaissante d'avoir bien voulu accepter d'être aujourd'hui mon président de thèse.

Dans les pays lointains où je suis appelée à exercer « l'art de guérir », je tâcherai de mettre à profit de mon mieux les enseignements de mes maîtres, et je me rappellerai toujours avec une douce émotion mon séjour à la Faculté de Toulouse.

Qu'il me soit permis, en terminant cette préface, de remercier aussi mes camarades d'hier et d'aujourd'hui ; ils furent toujours serviables et bons camarades. Ce souvenir me liera toujours à eux et je me sentirai, comme eux, légitimement fière d'avoir appartenu à la Faculté de Toulouse.

Introduction

La thérapeutique des suppurations annexielles a subi l'influence de l'évolution de la chirurgie. Tandis que jadis on se bornait à des soins médicaux — antiphlogistiques, révulsifs locaux, calmants, — ce qui amenait la guérison au bout d'un certain temps, l'avènement de la méthode antiseptique a changé tout cela et a permis de faire des opérations plus hardies, à prétentions plus radicales. Il est vrai de dire que l'anatomie pathologique faite d'après les premières opérations a encouragé ces tentatives.

L'anatomie pathologique a renseigné sur le siège exact des lésions que Nonat[1] d'abord, Bernutz[2] et Goupil ensuite, avaient tour à tour localisé dans le tissu cellulaire pelvien ou le péritoine pelvien. Dans ces cas-là, on ouvrait par le cul-de-sac postérieur les collections qui venaient y pointer et il n'était nulle-

(1) Nonat. *Gaz. des Hôp.*, 1830 et 1832.

(2) Bernutz et Goupil. *Arch. gén. de méd.*, 1857, et *Clin. méd.*, II.

ment question à cette époque, pour les aborder, de suivre une voie différente.

Cette méthode de la *ponction* ou de l'*incision* régna en maîtresse souveraine jusqu'à la découverte de Lawson Tait et même un peu après, découverte qui devait bouleverser nos connaissances anatomiques sur l'origine des abcès intra-pelviens et orienter vers une voie plus hardie la thérapeutique chirurgicale des suppurations pelviennes.

Lawson Tait, en montrant que les affections communément appelées : cellulite pelvienne, phlgmon péri-utérin, pelvi-péritonite, étaient, dans la majorité des cas, des poches tubaires suppurées, facilement énucléables et par ce fait très accessibles par l'abdomen, sous le couvert de l'antisepsie, substitua à la vieille méthode de l'incision la salpingectomie.

Il fut imité par les chirurgiens de tous les pays et, en France, Terrillon, Pozzi, Terrier, Bouilly, etc., se firent les propagateurs de sa théorie et de sa méthode. La salpingo-oophorectomie est devenue vite une opération de chirurgie courante ; mais à mesure que croissaient son succès et sa vogue, on ne tarda pas à s'apercevoir de ses défauts ; ce fut d'abord le danger d'extraire par l'abdomen les collections purulentes de la trompe et de l'ovaire.

Souvent, en effet, la déchirure des adhérences entre la trompe et les organes pelviens, les tractions exercées sur les pinces placées sur la trompe expo-

sent à des ruptures, d'où irruption des liquides purulents dans le péritoine avec toutes ses conséquences.

Dans d'autres cas, on observe, après l'opération, des hémorrhagies en nappe au niveau des adhérences ou des pédicules.

De plus, cette méthode qui se prétend radicale est forcément incomplète. Par ce procédé, on laisse encore dans le ventre un organe malade, l'utérus, qui, dans la suite, pourra donner lieu à une recrudescence de symptômes graves. C'est ainsi que Richelot, sur trois cents laparotomies pour lésions bilatérales des annexes, dut recourir cinquante-trois fois à l'hystérectomie vaginale secondaire, en présence de souffrances persistantes chez des laparotomisées.

Segond fit neuf fois l'hystérectomie vaginale secondaire sur deux cents malades laparotomisées.

Ce furent ces défauts qui firent préférer la castration vaginale de Péan (1887) à Segond, Richelot, Doyen, Jacobs, Bardenheuer. Et la lutte se poursuit encore au sein des Sociétés savantes et des Congrès, sur la préférence à accorder à la voie vaginale ou à la voie abdominale.

Mais à mesure que l'ingéniosité des chirurgiens réalisait des prodiges dans le traitement des suppurations annexielles par l'une ou l'autre de ces méthodes, d'aucuns se préoccupèrent de réagir contre ces castrations trop systématiques. L'abus vint vite de ces opérations qui s'adressaient à toutes les variétés de phlegmasies annexielles, et cela dès les premiers

signes. Cet entraînement vers les exérèses systématiques rencontra, dès 1890, des opposants qui, soucieux de conserver la fonction de l'organe, se demandèrent si, par des moyens plus simples, il ne serait pas possible d'aboutir à des résultats pour le moins analogues. « L'heure est propice aux confessions et aux aveux, disait Pichevin[1], dans sa thèse, en 1890 ; s'il est peut-être permis de se laisser aller à des enthousiasmes irréfléchis, à des exagérations qu'un mobile généreux peut seul excuser, il n'en est plus de même quand le temps a fait son œuvre et a mis au grand jour les abus et les erreurs de ceux qui ont voulu exploiter, avec trop de témérité, un terrain à peine connu..... Jamais opération ne fut plus décriée que la castration de la femme ; jamais aussi opération ne fut plus souvent et plus inutilement pratiquée. Ceux-là qui en usaient sans mesure n'étaient pas les derniers à signaler les abus commis par leurs confrères. Mais chacun allait à sa guise, opérant pour des motifs divers, parfois avec une insouciance incroyable de la vie humaine, et sans autre guide que la fantaisie d'éprouver la valeur d'une tentative nouvellement introduite dans la chirurgie. »

Cette tendance conservatrice, cette réaction, en d'autres termes, trouva un écho au Congrès de Genève, et Bouilly, par son rapport, d'un tact clinique des plus

(1) Pichevin. *Des abus de la castration chez la femme*, thèse de Paris, 1890. (Introduction, pp. I, II, III).

remarquables, provoqua chez les chirurgiens une sorte d'examen de conscience ; on ne tarda pas à avouer ses insuccès thérapeutiques éloignés et on se décida à ne plus traiter avec l'ironie superbe de jadis les traitements conservateurs. On revint aux sages préceptes qui avaient été de tous temps l'honneur de la chirurgie française.

« Qu'une malade s'adresse à un chirurgien, elle ne demande qu'une chose : la guérison de son mal. Le devoir de l'homme de l'art n'est-il pas d'employer les méthodes les plus simples et les moins dangereuses ? » (Pichevin).

La chirurgie ne consiste pas exclusivement dans l'usage des instruments tranchants, comme on pourrait le croire en voyant certaines pratiques. Le bistouri ne doit intervenir qu'une fois épuisés sans succès tous les moyens thérapeutiques ordinaires.

Comme L. Boyer[1] l'écrivait : imposer aux malades le moins de sacrifices possibles est un devoir pour le chirurgien. On y parvient de plus en plus à mesure que la science se perfectionne. Elle proportionne ses moyens d'action en raison de la gravité du mal. Chaque fois que l'opérateur se voit contraint d'enlever un organe ayant subi des lésions profondes, il doit déplorer cette extrémité et reconnaître que le but suprême de la thérapeutique n'est pas complètement atteint. (Pichevin).

(1) Dict. des Sc. méd., t. XVI. *Chirurgie.*

L'ablation des trompes et ovaires, à peine altérés dans leur structure intime, comme on le verra plus loin, et, par ce fait, susceptibles de guérison spontanée, est passible de cette critique générale.

C'est, de plus, une intervention dangereuse dont les résultats thérapeutiques sont aléatoires et en contradiction avec les principes de la chirurgie conservatrice. Il est plus consolant de guérir une malade, lentement il est vrai, mais sans lui faire courir des risques de mort et en lui conservant des organes dont la fonction peut persister, comme l'avenir viendra souvent le démontrer.

Cette réaction s'est manifestée dans les opérations nouvelles de Polk[1], qui se borna, après avoir ouvert le ventre, à libérer simplement les adhérences qui, d'après lui, causeraient les douleurs abdominales chez les femmes atteintes de phlegmasies tubo-ovariennes. Hadra[2] suivit son exemple.

Une autre méthode conservatrice est celle qui consiste à évacuer par simple expression le contenu purulent de la trompe. Munde a pratiqué un certain nombre de fois cette opération. Après expression manuelle de la trompe malade, il introduit par l'ostium abdominal une sonde cannelée et fait ainsi une sorte de *cathétérisme rétrograde*.

(1) Polk. *American J. of. obstetr.* 1887 et *Journal de méd. de Paris*, 1894.

(2) Hadra. *Ibid.* 1887.

Enfin, dans les annexites non suppurées, on ne pratiqua plus avec autant de précipitation que naguère l'ablation des organes atteints. « Bien des ovaires sacrifiés il y a un certain nombre d'années sont maintenant laissés en place ou soumis à quelques opérations partielles, *résection ou ignipuncture*[1] ».

Une des dernières méthodes conservatrices employées, se pratiquant cette fois par la voie vaginale, c'est — par un de ces retours en arrière si fréquents dans l'histoire de la chirurgie — la simple incision de la collection purulente.

C'est aussi la méthode la plus simple, la plus naturelle, qui consiste à évacuer le pus dans le point le plus déclive. Récamier, Velpeau, Demarquay et bien d'autres encore ouvraient par le vagin les collections purulentes qui tombaient dans le cul-de-sac postérieur. Cette opération fut abandonnée parce qu'on ignorait le siège exact de la plupart des collections purulentes du petit bassin.

Elle ne fut réhabilitée qu'en 1886 par Laroyenne[2] qui étendit ses indications et inventa, en outre, un trocart particulier dont il fut, d'ailleurs, le seul à se servir.

Laroyenne fut bientôt suivi par Goullioud[3], et

(1) J.-L. Faure. *Chirurgie des annexes de l'utérus*, 1902.
(2) Laroyenne. *Lyon méd.*, 1886.
(3) Goullioud. Congrès de chir., 1889.

Bouilly s'en fit le défenseur à la Société de chirurgie et au Congrès de chirurgie de 1895.

Les thèses de Blanc [1], de Mouly [2], de Jean d'Herbécourt [3] marquent les diverses étapes de cette question de la colpotomie.

A ce titre de méthode conservatrice, elle trouvera une place à côté du traitement médical que j'exposerai comme il convient à une méthode qui a les préférences de la personne qui écrit. Il est, en effet, beaucoup d'annexites non suppurées qui seront respectées et soumises au traitement médical. « Elles peuvent persister indéfiniment sans danger, et ce n'est pas leur présence seule qui doit les faire extirper, ce sont les accidents qu'elles déterminent, lorsqu'elles en déterminent » (J.-L. Faure).

Le traitement médical, d'attente dans quelques cas, suffisant dans d'autres, n'est plus une hérésie à l'heure actuelle, où l'on est revenu des opérations trop précipitées; il a sa place dans les plus récents traités de pathologie et j'en ai vu, depuis plusieurs mois, faire le loyal essai dans le service de M. le professeur agrégé Bauby avec un plein succès. Aussi m'a-t-il semblé opportun, sur les conseils de M. Bauby, de faire connaître les résultats heureux qu'il avait retirés de la méthode. Tel est le modeste but de ce travail; je

(1) Blanc. Thèse de Lyon. 1887.

(2) Mouly. Thèse de Paris, 1899.

(3) D'Herbécourt. Thèse de Paris, 1900.

tâcherai de faire partager ma conviction dans l'efficacité de cette thérapeutique, appliquée d'une façon opportune, bien entendu. Puissé-je ne pas faire trop de lacunes dans mon exposé des faits, mes maîtres me seront indulgents pour mon inexpérience à plaider la cause qui me fut confiée ; ce sera peut-être une entreprise trop hardie pour moi de tirer de mes lectures et des observations qui me furent communiquées les arguments qui devraient servir à faire triompher l'idée très moderne et très sociale de la conservation des fonctions de reproduction.

CHAPITRE II

Faut-il opérer toutes les salpingites, et à quel moment faut-il les opérer ?

Comme le fait voir ce titre, je suis loin d'être exclusive et je laisse voir par avance qu'il y aura des cas opérables ; le tout sera de décider le moment favorable de cette opération qui sera conservatrice autant que possible. Donc la chose essentielle et délicate est de poser les indications thérapeutiques dans les diverses variétés de salpingites. C'est ce que je vais tenter de faire dans ce chapitre.

Pour résoudre le problème, il me paraît qu'un rappel de pathologie ne sera pas ici déplacé ; je dirai même qu'il est indispensable, car de la pathogénie d'une part, et de l'allure clinique, d'autre part, découleront les indications thérapeutiques que l'on recherche. Ces notions de pathologie seront forcément brèves, car s'y attarder serait un hors d'œuvre inutile et masquerait le fond de notre argumentation.

L'*infection* est toujours la cause déterminante des salpingites et ovarites. En rappelant les travaux de

Hartmann et Morax, de Witte, de Jayle, de Menge, je dirai que de tous les microbes trouvés dans cette lésion, le streptocoque et surtout le gonocoque en sont les agents principaux.

L'infection se manifeste soit spontanément et lentement, soit brusquement et à la suite d'un traumatisme obstétrical, opératoire ou autre, d'un examen gynécologique, d'un cathétérisme malpropre, etc.

Le plus souvent, elles surviennent à la suite d'une métrite du col ou du corps, laquelle peut ne jouer qu'un rôle effacé, mais on peut toujours reconstituer la phase de l'inflammation utérine.

Je rappelle en quelques mots que l'infection, partie de l'utérus, gagne les annexes par deux et même par trois voies : la voie muqueuse, la voie lymphatique, la voie veineuse.

La muqueuse se continue directement de l'utérus dans les trompes et rien ne s'oppose à ce que l'infection, de proche en proche, ne se propage jusqu'à l'embouchure du pavillon d'où elle envahit le péritoine et la surface de l'ovaire. Le gonocoque « se multiplie et agit en surface »[1], il n'a guère de tendance à pénétrer en profondeur. Du col utérin où il réside dans la blennorrhée féminine, il traverse sans causer de sérieux dégâts l'endomètre, gagne l'endosalpinx en minant le revêtement épithélial.

(1) Le Dentu et P. Bonnet. — *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, t. XI, p. 779, 1901.

L'infection par voie muqueuse est donc le fait du gonocoque (Le Dentu). La théorie de la propagation par continuité des muqueuses a rallié à la Société de Chirurgie l'opinion de Terrillon, Trélat, Quenu, Routier, Terrier, Bouilly, Pozzi, etc., et la thèse de Monprofit[1] confirme cette manière de voir.

Telle ne fut pas l'opinion de Championnière qui soutint la théorie de la *voie lymphatique*. C'est cette voie que prendrait le streptocoque, pour gagner les parois de la trompe et le parenchyme de l'ovaire. (Le Dentu).

Enfin la *voie veineuse* est possible, mais lorsqu'elle est en cause, elle ne reste pas limitée aux annexes. Il s'agit alors d'accidents graves qui font suite à l'infection puerpérale. On observe alors des phlébites et des suppurations intra-veineuses qui vont porter au loin les germes de mort. (J.-L. Faure).

Maintenant que voici rappelées les voies d'infection, relatons tout aussi brièvement le caractère des lésions anatomiques annexielles déterminées par chacune de ces variétés microbiennes.

La caractéristique de l'infection gonococcique, avons-nous dit, est de procéder en surface; arrivée au niveau de l'endosalpinx, elle produit, suivant sa virulence, une salpingite catarrhale ou purulente avec

(1) Monprofit. Etude clinique sur l'inflammation des organes génitaux int. de la femme. Th. de Paris, 1888.

extension du processus à l'ovaire. Les lésions de la trompe se limitent à la muqueuse ; les cellules épithéliales tombent par places et isolément; la diapédèse est d'une grande activité, et les leucocytes se montrent nombreux surtout au-dessous de la couche épithéliale. La musculeuse est simplement congestionnée (Le Dentu et Bonnet).

Dans la salpingite à streptocoques, la muqueuse semble indemne ou peu atteinte, le maximum des lésions siégeant dans le parenchyme de l'ovaire et les parois tubaires.

Telles sont, en résumé, les lésions des salpingo-ovarites aiguës, d'origine streptococcique ou gonococcique, les seules qui soient étudiées dans ce travail.

Ces lésions, qui viennent d'être rappelées, ont-elles profondément atteint, compromis même les parois tubaires au point qu'il faille désespérer d'une régénération spontanée dans l'avenir?

On vient de voir que, dans les cas bien délimités de salpingites aiguës d'origine blennorhagique ou puerpérale, les lésions étaient très superficielles dans les salpingites gonococciques. Il s'ensuit que tout espoir de *restitutio ad integrum* ne doit pas être abandonné.

La clinique d'ailleurs s'est chargée de donner raison à ce pronostic. La trompe, passagèrement atteinte, reprend ses fonctions, et la stérilité est bien

loin d'être la règle absolue dans les salpingites, ainsi qu'on l'avait cru pendant longtemps.

« Ces pronostics trop sombres, dit Goullioud, inspirés par une généralisation exagérée, ont été démentis par les faits, et chez ces femmes atteintes de salpingo-ovarite, une grossesse est survenue malgré les craintes de stérilité. » Et dans ce travail, Goullioud publie des cas de grossesse chez des femmes atteintes de salpingo-ovarite.

Si les lésions infectieuses ont été plus intenses et ont nécessité des opérations, la grossesse a pu être observée dans la suite. Onze fois la grossesse a été menée à terme après des débridements vaginaux antérieurs[1].

Isaac, Mandé, Schrœder, Martin, Schatz, Sippel, Mathai, Mackenrodt, etc. ont vu des grossesses survenir après des opérations conservatrices des annexes.

Mais, dira-t-on, dans ces cas, il ne s'agissait sans doute que d'infection unilatérale, et la grossesse a pu débuter dans les annexes du côté sain.

A cela on peut répondre, avec Doléris[2], que des lésions légères bilatérales ne sont pas un obstacle à la grossesse.

Dans un cas de salpingite double, « une des deux trompes au moins est redevenue perméable et son

(1) J. de Vézian. *Salpingites et grossesse*, thèse de Toulouse, 1902.

(2) Doléris. *Arch. Obst. et Gyn.*, 1890 et 1892.

revêtement épithélial s'est trouvé capable de transporter l'ovule ou le spermatozoïde qui a déterminé la fécondation[1] ».

On peut encore rapporter d'autres exemples, empruntés à la thèse de J. de Vésian, tels que ceux de Duncan, de Bowée, de Goullioud où la grossesse survint après une collection pelvienne double, traitée dans ce dernier cas par le débridement vaginal. J'ai eu moi-même la bonne fortune d'observer deux cas de grossesse dans deux cas d'annexite double traités médicalement.

Des notions très résumées d'anatomie pathologique qui précèdent, on peut conclure que si une grossesse devient possible chez une femme dont les deux trompes ont été atteintes de salpingite, c'est que les lésions furent assez superficielles pour permettre la réparation spontanée, et qu'en prévision de ces cas heureux, plus nombreux qu'on ne le croit, on ne doit recourir à une opération aussi radicale que celle d'enlever les ovaires qu'après que tout traitement conservateur a échoué.

Il me semble, en effet, que ce n'est pas trop s'aventurer que de tirer de ces faits anatomiques et cliniques un des arguments en faveur du traitement conservateur dans certaines formes cliniques d'annexites qu'il va falloir maintenant préciser davantage. Pourquoi, en effet, enlever par le vagin ou l'abdomen

(1) Bétrix. *Ibid.*, 1894.

des annexes qui, du fait de la lésion actuelle, ne sont pas condamnées à la perte définitive de leur fonction essentielle ? Ne vaut-il pas mieux faire tout le possible pour aider la guérison spontanée ? Mais il faut se garder d'être exclusif — on sait ce qu'il en a coûté aux laparotomistes à outrance — et il convient de fixer dès maintenant les indications thérapeutiques.

« *Toutes les salpingites ne doivent pas être opérées,* dit M. Legueu [1], *et je crois même pouvoir affirmer que le nombre de celles qui sont opérées est encore très restreint par rapport à celles qui guérissent spontanément.* »

Comme l'a dit Polk : la salpingite le plus souvent guérit toute seule et, dans la minorité des cas, il ne se produit aucune amélioration.

Walton [2] ajoute : « Il est certain que la grande majorité des cas de salpingite n'a pas une issue fatale... L'expérience démontre que les malades se rétablissent, beaucoup même se remettent si bien que non seulement elles n'éprouvent que peu d'inconvénients de leur maladie, mais qu'elles peuvent encore ultérieurement faire des enfants. Il importe donc d'être circonspect et de ne pas porter trop hâtivement sur les annexes une main téméraire. »

Mais viendrait-on à objecter avec Stausburg Sutton,

(1) Legueu. Leçons de Clinique chirurg., 1902, p. 340 et suiv.

(2) Contribut. à l'étude de la pelvi-péritonite. — *Mém. de l'Acad. roy. de Belgique*, t. VIII.

qu'il y a danger de laisser ainsi du pus dans le ventre et qu'il faut, soit enlever, soit vider au moins la collection purulente, qu'il faudrait répondre toujours avec Walton que le péritoine est mis à l'abri de l'irruption du pus. Le mécanisme de cette protection est connu : c'est celui des adhérences s'établissant entre l'ovaire et la trompe ; puis l'orifice abdominal se ferme, et quand une des ouvertures de la trompe cède, c'est du côté de l'utérus que le plus souvent se produit l'évacuation de la collection purulente, comme le montre la clinique.

C'est ce qui fait dire à Burton qu'il n'a jamais eu à opérer des salpingites, qu'il les a vues au contraire guérir par le traitement médical ordinaire.

Spencer Wells[1] est tout aussi catégorique quand il dit : « Je suis porté à croire que la salpingite purulente guérit sans traitement chirurgical, par le repos et les remèdes usuels. »

Enfin Lee[2] reconnaît que la tendance de la salpingite est de se terminer par la guérison et que nombre de cas peuvent être guéris sans opération.

Grandin[3] pense qu'il ne faut opérer que les pyosalpinx, car les autres affections (salpingite catarrhale, pachy et peri-salpingite) peuvent être améliorées,

(1) Sp. Wells. *Tumeurs abdominales*, 1886, p. 314.

(2) Lee. *Med. Record.* février 1888.

(3) Grandin. *Med. Record.* 1888.

souvent guéries avec conservation de sa fonction reproductrice.

Pour en finir avec Polk, il faut rappeler qu'il ne croit pas au danger imminent de mort dans le cas de salpingite purulente, et il s'appuie pour cela sur la fréquence de la guérison dans les cas qu'il a observés. « Il y a un an, si l'on m'avait demandé s'il fallait enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, j'aurais répondu oui ; mais quelques expériences sur la table d'opération m'ont permis de douter de la justesse de cette affirmation. »

Martin [1], sur 250 femmes atteintes de salpingite, n'a trouvé que peu de cas opérables ; l'ablation des annexes n'est pour lui qu'un pis-aller à n'employer qu'après insuccès des moyens de douceur.

Bantock [2] pose en principe qu'on ne doit pas faire l'ablation des ovaires et des trompes dans tous les cas de salpingite. Même quand il s'agit d'une pyosalpingite gonorrhéïque, il se demande, en présence d'un fait qu'il a observé, s'il faut toujours opérer des cas de cette espèce. Il avait enlevé une trompe ayant contenu beaucoup de pus et n'avait trouvé, au moment de l'opération, qu'une petite quantité de matière caséeuse. Il est évident, dit Bantock, que ces cas peuvent guérir à la longue et sans opération. Il pense, également, qu'il est très rare de trouver des cas de

(1) Martin. Manuel de Gynécologie opératoire.

(2) Bantock. Cité par Polk.

mort à la suite d'une rupture de pyosalpingite. Une femme dont il rapporte l'observation était dans un état désespéré, du fait de l'existence dans le bassin d'une tumeur du volume d'une noix de coco ; un traitement palliatif fut institué et en deux jours la situation fut complètement améliorée.

Quant à More-Madden, il lui semble aussi rationnel de faire l'amputation du sein pour un vulgaire abcès mammaire que d'enlever les trompes parce qu'elles peuvent être le siège d'une collection séreuse ou purulente.

Wylie, Croom, Col; Emmet professent également la même opinion.

Pour Freund, la salpingectomie sera uniquement réservée aux cas où l'inflammation s'est développée dans des trompes demeurées à l'état infantile.

D'une manière générale, une réaction très marquée se produit à l'étranger chez les opérateurs qui ont fait de nombreuses ablations d'annexes. « Il n'y a pas à s'en étonner, moins encore à s'en indigner. Toutes les fois qu'apparaît une opération nouvelle, dont les indications ne sont pas encore bien précises, on en abuse un peu, et on ne peut pas ne pas en abuser. L'esprit humain est ainsi fait, et il ne saurait en être autrement; ce n'est que peu à peu que les inconvénients apparaissent, que les indications se précisent et que l'équilibre s'établit. » (J.-L. Faure, *loc. cit.*, p. 147).

La salpingite est donc, en définitive, une affection qui, dans le plus grand nombre de cas, marche vers la guérison. Elle n'aboutit pas fatalement à la stérilité, de l'avis des opérateurs les plus expérimentés. Dès lors, il ne faudra plus se hâter d'opérer des femmes qui souffrent plus ou moins dans le bassin et qui portent des masses inflammatoires de volume variable au niveau des annexes, sans qu'on puisse le plus souvent savoir exactement s'il s'agit d'une collection purulente ou d'une hydrosalpinx. Comme l'ont écrit les auteurs cités plus haut, il y a lieu de temporiser, d'expérimenter les moyens de douceur qui donnent d'heureux résultats.

Toutes les salpingites ne sont donc pas vouées au couteau. C'est ce que disait aussi Trélat qui, dans deux de ses cliniques, insistait sur le nombre de femmes qui seraient privées de leurs ovaires et de leurs trompes si on enlevait les annexes à toutes les malades atteintes d'une inflammation tubaire ou ovarique. Il faut savoir patienter, disait-il. Mais combien de temps ? « Il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard », formule élastique et qui demande un peu plus de précision. C'est ce qui va être fait dans ce qui va suivre.

Les salpingites seront *aiguës* ou *chroniques*.

Les salpingites aiguës s'observent soit après une fausse couche, un accouchement, soit en dehors de la puerpéralité.

Si elles succèdent à l'accouchement, la fièvre, l'état

général grave, l'adynamie, la langue typhique commandent une intervention et une intervention précoce. Dans ce cas spécial, on opérera le plus tôt possible, « car, seule, l'opération hâtive peut tarir la source ou éteindre la localisation principale de l'infection en drainant une cellulite phlegmoneuse, une pelvi-péritonite puerpérale suppurée. Colpotomie ou hystérectomie, peu m'importe, retenez l'urgence, la nécessité d'une opération de drainage, quelle qu'elle soit, et qui seule peut sauver l'existence[1]. »

Voilà pour les salpingites aiguës qu'*on doit opérer ;* passons aux salpingites chroniques qu'on doit également opérer.

D'après Legueu, qui vient de traiter tout récemment cette question, on doit se baser pour opérer : *1° sur l'état général ; 2° sur l'état local ; 3° sur la douleur.*

En principe, il faut toujours opérer les *salpingites fébriles*, c'est-à-dire les salpingites qui, en dehors de toute poussée péritonéale, font ou continuent à faire de la fièvre. Dans ce cas, on ne gagne rien à temporiser ; on court le risque de voir une brusque poussée se développer qui va venir compliquer le cours de la maladie, et la malade va s'anémier, se cachectiser par sa fièvre. « Donc, toutes les fois qu'il y a fièvre sans qu'aucune autre lésion que la salpingite

(1) Legueu. — Cliniques chir., 1902.

puisse l'expliquer, opérez, la salpingite fébrile est toujours une salpingite suppurée » (Legueu).

2° Toujours suppurées sont également les salpingites phlébitiques, il faut aussi toujours les opérer.

A ce sujet, Legueu relate l'histoire très intéressante d'une femme qui fut prise un jour brusquement de phlébite de la jambe, sans que rien dans son passé pathologique dénotât une tare infectieuse. La phlébite guérit à la jambe gauche, paraît à la jambe droite et se manifeste encore au bras droit, ce qui montre qu'il existe des salpingites latentes, sans manifestations locales et qui cependant peuvent infecter l'organisme au point de produire ces phlébites à répétition.

3° Enfin, il faut opérer les *salpingites qui font maigrir*, parce qu'elles sont souvent suppurées et qu'il faut permettre à l'état général de se remonter.

Il est, d'autre part, des salpingites pour lesquelles l'indication relève de la lésion elle-même ; ici plus de manifestations à distance, plus de fièvre, ni de péritonite, c'est une salpingo-ovarite à *grosses lésions*. Dans ce cas, rien à attendre de la temporisation, car il y a presque toujours suppuration, ce qui expose la malade à des poussées de pelvi-péritonite à répétition.

Une autre circonstance commande aussi l'indication opératoire immédiate, c'est la *fistulisation* de la salpingite dans la vessie ou le rectum. Dès que l'on a acquis la certitude qu'un abcès tubaire est ouvert dans

la vessie ou le rectum, il faut intervenir et le plus tôt possible en supprimant le foyer en communication avec l'un de ces deux viscères.

Quelles sont maintenant les salpingites *qu'on ne doit pas opérer*, et qui seront l'objet du traitement conservateur.

A). *Salpingites aiguës.* — Dans les salpingites aiguës en dehors de la puerpéralité, la variété gonococcique surtout — de beaucoup la plus fréquente — il vaut mieux ne pas opérer : « quelque bruyantes que soient les manifestations, n'opérez pas immédiatement, car à attendre, il y a tout à gagner. » (Legueu).

Et il cite une malade de 30 ans venue à l'hôpital avec une salpingite blennorrhagique aiguë : huit ou dix jours avant, alors qu'elle était en plein écoulement, elle avait ressenti dans le ventre, à gauche, une vive douleur; elle était forcée de s'arrêter. La fièvre vint; les vomissements aussi se répétaient souvent; constipation absolue.

Au toucher, l'utérus était douloureux pendant la mobilisation; à gauche, dans le cul-de-sac, une tumeur vague et sensible. Ce ne pouvait être une appendicite comme on l'avait cru tout d'abord. C'était une annexite aiguë et on prescrivit le repos.

Un mois après. la malade était guérie, on ne sentait plus rien dans les annexes droites, plus aucun phénomène douloureux de localisation. N'ai-je pas eu moi-même dans ma petite pratique quelques guéri-

sons analogues dont je donne plus bas l'observation?

D'autres fois, c'est au cours d'une salpingite chronique qu'apparaissent des poussées brusques et violentes de pelvi-péritonite qui déroutent par leur violence et pourraient faire conseiller une opération dans de mauvaises conditions (Legueu). Il est vrai que le diagnostic est parfois délicat ; avec l'appendicite, l'erreur est très excusable, car « les deux affections sont calquées l'une sur l'autre au triple point de vue de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et des symptômes » [1]. Qu'il nous soit permis de rappeler à grands traits la similitude entre les deux affections. Toutes deux sont causées par des microbes pathogènes et les effets de l'inflammation sont identiques. Dans la trompe, comme l'a bien montré Reymond, le premier effet de la phlegmasie est de provoquer l'occlusion de l'orifice du pavillon, ce qui place la trompe dans les conditions de l'appendice enflammé, c'est-à-dire d'un cul-de-sac infecté, tapissé de muqueuse, enveloppé de péritoine, c'est la cavité close. De même qu'il y a, dans les salpingites interstitielles, des trompes dont la lésion principale consiste en une hypertrophie de la paroi, de même on trouve des appendices épaissis, durs, avec des lésions identiques.

Mais l'appendice ne se laisse pas distendre par le pus comme la trompe et, d'autre part, celle-ci se rompt plus rarement que celui-là.

(1) Delbet. *Cliniques chirurgicales*, 1899.

Quoi d'étonnant qu'à des lésions presque identiques correspondent des symptômes identiques ?

N'a-t-on pas décrit une colique appendiculaire comme on avait décrit une colique salpingienne ?

Le point de Mac Burney doit nous arrêter un instant pour le diagnostic entre l'appendicite et la salpingite. Or, dans les appendicites, la douleur maxima n'est pas toujours au point de Mac Burney. Le siège de la douleur dépend naturellement de la position de l'appendice et celle-ci est très variable. Mais ce n'est pas lorsqu'il manque que ce signe est trompeur, c'est lorsqu'il existe (Delbet). Chez les femmes, ce signe n'a aucune valeur. Dans les salpingites, il arrive très souvent que le siège de la douleur provoquée soit précisément au point de Mac Burney.

L'erreur se fait toujours dans le même sens.

Sur quoi se baser pour faire ce diagnostic ?

Le début est brusque dans l'appendice, il est d'habitude plus lent dans la salpingite et il est précédé de manifestations douloureuses dans celle-ci. Dans l'appendicite, les phénomènes péritonéaux sont dès le début plus intense et plus graves que dans la pelvi-péritonite annexielle. La parésie intestinale est plus prononcée dans l'appendicite. La *douleur* de la salpingite est intermittente et vient par paroxymes, tandis que celle de l'appendicite est sourde et continue. Dans l'appendicite, l'affection est progressive et les symptômes vont en s'aggravant ; dans la salpin-

gite, au contraire, l'orage du début se calme vite (Labadie-Lagrave).

La défense musculaire existe sur toute la paroi abdominale dans la salpingite, et seulement à droite dans l'appendicite. Le pouls est moins rapide dans la salpingite. La température monte plus haut dans l'appendicite. Enfin, le toucher, négatif pour l'appendicite, révèlera au contraire une masse fluctuante ou seulement empâtée dans la salpingite.

L'utérus est douloureux au toucher.

« Et c'est tout, des indices, des nuances et encore combien vagues ! » (Legueu).

Car comme l'observe Bouilly, ces distinctions n'ont rien d'absolu, et il est des cas où le diagnostic reste hésitant. Il en sera ainsi, en particulier, quand il y a coexistence des deux affections.

Cette notion diagnostique est très importante puisqu'elle commandera souvent la thérapeutique. Ici, nous nous trouvons en présence de deux camps bien distincts : le plus grand nombre opèrent l'appendicite pendant sa phase aiguë, quelques-uns recommandent d'opérer à froid, ayant recours à l'expectation armée dans la phase aiguë. C'est l'opinion la plus moderne qui tend à rassembler peu à peu le plus grand nombre d'adeptes. Cette opinion a été défendue par le docteur Jalaguier, et dès 1896 par Paul Reynier, qui fit valoir cette opinion dans son rapport au Congrès international de 1900, et produisit un certain nombre de

faits des plus probants démontrant l'excellence de cette méthode.

Cette tendance nouvelle à l'expectation dans la période aiguë de l'appendicite, comme dans la période aiguë de l'annexite, ne fait que rendre plus frappantes les analogies de ces deux affections et de leur traitement.

Pourtant, ainsi que je l'ai dit plus haut, beaucoup de chirurgiens font l'opération immédiate dans l'appendicite, alors que l'expectation dans la salpingite aiguë a rallié tout le monde médical.

C'est ici que le diagnostic entre ses deux affections devient important.

On ne se laissera donc pas tromper par la diffusion des signes, par l'intensité de la douleur, les vomissements, la fièvre, tous signes donnant l'impression d'une péritonite généralisée, et tout en faisant de l'expectation armée dans la salpingite, on laissera passer l'orage, attendant pour intervenir, s'il est nécessaire, que la fièvre soit tombée.

A attendre, il n'y a qu'avantages ; il y aurait, au contraire, danger à intervenir au milieu de la période aiguë : « Vous agissez à ce moment sur un foyer d'infection mal limité ; l'inflammation de la trompe s'est étendue au péritoine et a diffusé à toute la cavité pelvienne les effets de la virulence. En opérant, vous courez risque d'étendre encore ces ravages et de propager cette infection. » (Legueu.)

De plus, si on intervient à ce moment, on peut être

trompé sur le degré des lésions et les croire plus graves qu'elles ne sont. On pense, avec juste raison, à une lésion suppurée mais ce n'est pas fatal, les lésions ne sont pas nécessairement bilatérales, et si elles le sont, elles ne le sont pas au même degré.

En opérant trop tôt, on s'expose donc à enlever des trompes qui, avec le temps, se seraient sûrement améliorées. On fera dans ce cas une opération grave; si au contraire on temporise, on risquera d'opérer sur des lésions refroidies et minimes.

Il n'est qu'une circonstance qui pourrait armer la main du chirurgien, c'est lorsque une vraie péritonite se développe par perforation autour d'une trompe. C'est alors la laparotomie d'urgence qui s'impose. On se guidera pour prendre cette détermination sur le faciès péritonéal qui se manifeste, sur la petitesse du pouls, sa rapidité, la dissociation du pouls et de la température.

B). — Dans les *salpingites chroniques*, il est toute une catégorie de lésions banales qui ne manifestent leur présence que par la *douleur*. C'est à peine, en effet, si au toucher vaginal, on trouve une tuméfaction légère uni ou bilatérale, justaposée à l'utérus. On peut avec de l'habitude y distinguer parfois la trompe, mais le plus ordinairement, il est impossible de dire ce qui est la trompe et ce qui est l'ovaire, c'est une salpingo-ovarite. La lésion peut être suppurée, mais rien ne le prouve, car il n'y a ni réaction

locale ni générale. C'est alors une de ces salpingites parenchymateuses avec épaississement pariétal et avec ovaire scléro-kystique.

On ne devra pas se hâter d'opérer ces lésions ; mieux vaut attendre et observer. (Legueu).

Mais ici, le chirurgien devra se diriger suivant qu'il aura affaire à une malade riche ou aisée, pouvant suivre un traitement long, dispendieux et exigeant un repos plus ou moins absolu ou bien une malade peu fortunée ; il faudra encore, ici, distinguer entre la chirurgie du riche et celle du pauvre, entre la chirurgie de ville et la chirurgie d'hôpital.

La chirurgie de ville sera inapplicable à ces malades pauvres qui fréquentent les hôpitaux, obligées de travailler pour vivre et faire vivre leur famille. Elles ne peuvent se soigner chez elles et, d'autre part, pour des raisons diverses, leur séjour dans un hôpital est limité ; il faudra, pour ces malades, une chirurgie plus entreprenante et le bistouri reprendra tous ses droits, mais en tant qu'opération conservatrice.

Chez les malades aisées, au contraire, qui peuvent passer leur journée sur une chaise-longue, se faire soigner comme il convient, aller même faire une saison dans une ville d'eaux, on devra faire de l'expectation. On verra ainsi souvent d'inattendus retours à la santé et, au bout d'un certain temps, les malades reprennent le cours de leurs occupations.

Pendant combien de temps faudra-t-il temporiser ?

Si la douleur est persistante, on opèrera la malade d'hôpital.

La malade de ville devra essayer de calmer la douleur tour à tour par le repos, les bains d'eau minérale ou de mer ; en cas d'insuccès, dilater et drainer l'utérus. Si, malgré tout, la douleur, au bout de six à huit mois, persiste identique, il faut en venir à l'opération.

« Mais si vous constatez un progrès, si minime soit-il, différez à nouveau votre décision, ajournez encore l'opération qui n'aura sa raison d'être que le jour où il deviendra avéré qu'il n'y a plus aucun progrès à obtenir, aucune amélioration à attendre. J'ai la satisfaction d'avoir pu constater, chez des malades de la ville, le bien fondé de cette pratique de prudence et de temporisation, et de leur avoir évité les ennuis, les inconvénients toujours sérieux, la gravité même d'une laparotomie. Et ne venez pas dire qu'il s'agit ici de guérisons temporaires, car quelques-uns de ces résultats sont acquis depuis des années et, à plusieurs reprises, j'ai vu contre toutes les prévisions une grossesse survenir et apporter à la réalité de la guérison une preuve péremptoire et indiscutable. » (Legueu.)

CHAPITRE III

Du traitement conservateur dans les annexites

On peut diviser ce traitement en :
1° *Indirect* ou médical ;
2° *Direct* ou chirurgical.

Traitement indirect.

A la période aiguë, il est prudent de s'abstenir de toute intervention active. On conseillera le *repos absolu*. « Si je n'avais qu'un moyen de traitement pour cette affection, le repos est celui que je préférerais », dit Gaillard Thomas. Il n'agit pas autrement qu'en mettant la malade dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée. Mais pour que ce repos soit profitable, il faut l'observer d'une manière absolue. C'est une prescription sur laquelle nous ne saurions trop insister, surtout au début de la maladie. Non seulement la femme ne se lèvera pas, mais couchée dans le décubitus dorsal, elle évitera le

plus possible tout mouvement, et cela au moins tant que dureront les phénoménes de l'invasion.

Du reste, les malades ont elles-mêmes l'instinct de le garder, dans la position demi-fléchie, la plus favorable au relâchement de tous les muscles qui peuvent comprimer les parties enflammées. Le repos absolu est nécessaire, même après la diminution des symptômes d'acuité les plus violents; dans ce cas, souvent compliqué d'ovarite, Bernutz insiste avec raison sur le repos absolu au lit, comme on le prescrit chez l'homme dans le cas d'orchite (Courty)[1]. Il devient indispensable dans les redoublements inflammatoires qui provoquent le retour de tous les accidents de l'état aigu. Enfin, même dans l'état chronique, la malade doit associer le plus qu'il est possible le repos du corps au calme de l'esprit; il est généralement utile que les malades restent allongées tout le temps de leurs règles. C'est alors qu'il importe de prescrire le repos de l'organe souffrant. Le repos absolu n'est-il pas, du reste, la principale indication et le traitement de choix dans les affections utérines autant que dans celles des annexes. Si nous voulions fixer un délai à cette première partie du traitement, nous donnerions le chiffre de un à deux mois (J.-L. Faure).

Il est évident que si, malgré un repos absolu, les phénomènes allaient en s'aggravant, on n'hésiterait

(1) Courty. *Traité des mal. de l'utérus et de ses annexes*, 1866.

pas un instant à abandonner ce moyen de traitement et on ferait appel aux ressources de la chirurgie.

Mais il s'en faut qu'on en soit réduit là, car nombreux sont les cas où le traitement par le repos a été couronné d'un rapide succès ou tout au moins d'une amélioration telle, qu'on n'a eu qu'à continuer.

Pour permettre à la malade de se lever, sans discontinuer le repos relatif du bas-ventre, Bernutz imagina une ceinture-corset que Courty recommandait, non pour immobiliser les organes, comme le croyait Bernutz, mais pour les soutenir et surtout pour éviter les effets des chocs et des secousses, à une période de la maladie où la ceinture hypogastrique à pelote, bien supérieure comme moyen de sustentation des viscères abdominaux, ne serait pas supportée à cause de l'endolorissement de toute la région hypogastrique.

La diète et les boissons délayantes doivent être prescrites, en même temps que le repos au lit. On ne devra permettre qu'une alimentation très légère dans le passage de l'état aigu à l'état chronique. Dans ce dernier, au contraire, tout en ayant soin de produire, par le choix d'aliments légers et nutritifs, la facilité des digestions et la richesse de l'alimentation, il faudra le plus souvent prescrire un régime tonique, reconstituant.

On assurera la liberté du ventre par des laxatifs ou des lavements huileux, mais nous aurons l'occasion de parler de ceux-ci plus loin.

La méthode des émissions sanguines locales, chère aux anciens gynécologues, Gallard entre autres, n'est plus de mise aujourd'hui. Les révulsifs sous forme de teinture d'iode et de pointes de feu m'ont donné de bons résultats.

Les *topiques* nous arrêteront davantage.

Un grand cataplasme laudanisé, large et peu épais, recouvert de taffetas imperméable qui lui conserve la chaleur et l'humidité, apporte du soulagement à la région endolorie et atténue la vivacité de l'inflammation. Il complète l'action des bains lorsqu'on lui adjoint, comme nous l'avons vu faire à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, les lavements et les injections d'eau chaude. Mais M. Bauby remplace le classique cataplasme de farine de lin par des compresses d'ouate hydrophyle humides, chaudes et arrosées de laudanum, recouvertes par une étoffe imperméable. Cela est préférable, car on conserve propre la peau de l'abdomen sur laquelle on pourra peut-être avoir à pratiquer une laparotomie.

Les phénomènes douloureux sont parfois mieux calmés au moyen d'onctions, de pommades qu'on renouvelle deux fois par jour et sur lesquelles on met une couche d'ouate. On trouve dans tous les formulaires la formule classique.

Extrait de belladone...	ââ 2 à 4 gr.
— Jusquiame..	
Vaseline.....	30 gr.

Cette vieille formule est recommandée par A. Robin et Dalché.

Mais si les phénomènes réactionnels peuvent faire croire à une infection de la grande séreuse péritonéale ou qu'elle soit seulement menacée, il faudra supprimer tous les topiques et les remplacer par de la glace maintenue en permanence ; en même temps, du reste, on cessera les bains, pour éviter des transitions brusques de température.

Les *injections vaginales* chaudes avec le repos au lit sont un des meilleurs moyens de décongestionner l'utérus et de provoquer la résorption des exsudats pelviens.

Il n'est pas indispensable d'incorporer au liquide de l'injection une substance antiseptique, telle que le sublimé à 1/1000e. C'est surtout par l'action prolongée de l'eau à une température élevée que l'irrigation produira l'effet attendu. La température du liquide doit être de 50 à 55 degrés centigrades pour Reclus, à 60° pour Suarez et Mendoza (de Madrid) [1].

L'eau portée à cette température a des propriétés bien connues aujourd'hui, et que nous résumerons en disant qu'elle est à la fois hémostatique, antiphlogistique, sédative, antiseptique jusqu'à un certain point, anesthésique même (Reclus). Ces qualités

(1) Suarez de Mendoza. Congrès internat. de 1900. (Section de gynécologie).

répondent à diverses indications dans le cours des affections en question.

Les injections telles que les prennent bien des femmes nettoient le vagin, un peu le col de la matrice, mais, à part cela, leur action thérapeutique reste le plus souvent illusoire et sans effet pour deux raisons : parce que l'écoulement de l'eau a une durée trop courte, aussi les organes n'ont-ils que peu de temps à subir les qualités thermiques du liquide injecté ; de plus, du fait de la position prise par les femmes pour se donner une injection, les parois vaginales ne sont pas complètement distendues et leur surface ne reçoit pas dans tous ses points le contact du liquide.

Aussi est-il recommandé par tout le monde médical de prendre la situation couchée pour recevoir une injection qui doit durer de vingt minutes à une demi-heure.

On a conseillé divers appareils parmi lesquels nous citerons l'appareil d'Aran, celui de Clauzure (d'Angoulême), ceux de Maisonneuve et d'Auboin. Plus près de nous, Auvard a présenté une canule régulatrice.

Mais chez les malades qu'une grande faiblesse retient au lit, la séance d'irrigation est toujours fatigante. Aussi, pour éviter ces inconvénients, Forgue

et Reclus[1] recommandent « un spéculum en bois dont l'orifice est oblitéré par un bouchon de caoutchouc que traversent deux tubulures en verre ; l'une de ces tubulures reçoit l'eau chaude d'un réservoir, ordinairement un simple seau, suspendu au-dessus du lit, et la fait pénétrer dans le vagin. » Mais Forgue et Reclus préfèrent actuellement l'usage des lavements chauds à celui des injections vaginales.

Néanmoins celles-ci continuent à être données et de nouveaux appareils ont été récemment préconisés.

C'est ainsi qu'il a semblé à Dalché[2] qu'on devrait chercher le moyen de faire durer une injection pendant tout le temps jugé convenable, « pendant des heures au besoin et même la journée entière » tout en laissant la malade dans une position commode et non fatigante. « Cet appareil se compose d'un anneau élastique, analogue au pessaire de Dumontpallier, avec cette différence que l'espace central, au lieu d'être vide, se trouve fermé par une mince lame de caoutchouc destinée à oblitérer le conduit vaginal. Cette lame est percée de deux orifices : le supérieur reçoit un long tube flexible qui, d'un grand vase auquel il est adapté, amène l'eau dans le vagin ; un robinet sert à régler le débit du courant. L'orifice inférieur com-

(1) Forgue et Reclus. *Thérapeutique chirurgicale*, t. II, 1898, p. 1127.

(2) A. Robin et Dalché. *Traitement des malad. des femmes*, 1900.

munique avec un second tube flexible qui permet à l'eau de s'échapper du vagin et la dirige vers un récipient placé à côté.

« La femme étant couchée au lit, on introduit l'appareil comme un anneau de Dumontpallier, et on a soin de faire passer le tube inférieur ou d'échappement au-dessus de la cuisse de la malade parce que l'eau arrive par l'orifice supérieur ; dans ces conditions, il faut pour sortir qu'elle remonte au-dessus de la cuisse ou du ventre, c'est-à-dire au-dessus du niveau des organes génitaux internes ; elle est donc obligée de remplir et de distendre toute la cavité vaginale comprise entre le disque oblitérateur et les culs-de-sac, puis cette cavité une fois pleine, l'eau continue à s'élever dans le tube d'échappement jusqu'au point où il se recourbe. De la sorte, toute la surface du vagin dilaté entre en contact avec le liquide, et c'est un véritable bain à courant ininterrompu qu'on donne à toute la région. »

Suarez de Mendoza propose un instrument permettant l'emploi de l'eau à une température maxima de 60 degrés. « Il se compose de deux tubes concentriques en métal ; le premier est destiné à l'arrivée de l'eau chaude, c'est un petit cylindre en métal du calibre du n° 14 de la filière charrière ; le deuxième cylindre, destiné à la sortie du liquide, est formé de deux tubes concentriques de diamètre différent, soudés ensemble. L'espace compris entre ces deux cylindres est rempli par une couche d'amiante qui

empêche la transmission de la température de l'eau à travers les parois métalliques du tube. Ce dispositif fait que les parois du tube ne transmettent aux tissus environnants que les deux tiers de la température réelle du liquide ; les malades ont donc une sensation de chaleur équivalente à 40°, lorsque l'eau employée en a 60 en réalité. »

Avec cet appareil, la durée des irrigations est de quinze minutes.

Depuis deux ans, l'auteur emploie journellement ce traitement dans sa clinique ; plus de 8,000 lavages ont été faits. Au bout de la troisième séance, les élèves les font sans brûler les malades. Nous verrons plus loin les résultats obtenus.

Un autre bon moyen d'agir sur les phlegmasies péri-utérines est d'user largement des *irrigations rectales chaudes.*

Les rapports anatomiques du rectum et des organes génitaux sont assez voisins pour que les qualités thermiques de l'eau, introduite dans les dernières parties du gros intestin influencent la matrice et les régions environnantes. Ces *lavements chauds* ont sur les injections vaginales une supériorité évidente. L'injection vaginale, même bien prise, ne fait qu'entrer et sortir, n'entrant pas en contact suffisant avec les poches purulentes souvent assez élevées.

Au contraire, les lavements chauds ont une action directe. Ces lavements doivent être gardés pendant

tout le temps qu'ils mettent à se refroidir et à équilibrer leur température avec la température du corps.

Du reste, nous ne saurions mieux faire que de reproduire la technique de Reclus [1].

« Tous les matins, une demi-heure avant de se lever, la malade doit avoir à sa portée un injecteur pouvant contenir un litre et demi de liquide. On l'emplit d'eau dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 55 degrés. La malade introduit la canule dans l'anus, ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon que l'intestin ne se révolte pas, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. On arrête l'écoulement, si on éprouve une sensation de plénitude trop accentuée, puis l'on recommence avec les plus grands ménagements, et l'on s'arrête lorsque l'on sent qu'on ne saurait dépasser, sans l'expulser, la quantité introduite déjà dans le rectum. Puis la malade demeure immobile, et, au bout d'une demi-heure, se lève, rend son lavement, et la séance est terminée par une irrigation vaginale. On recommencera ainsi chaque matin et parfois même chaque soir, jusqu'à l'apparition des règles, pendant lesquelles la suspension des lavements est de rigueur. »

Lorsque l'ampoule rectale est pleine, la face postérieure de l'utérus, les annexes malades, les exsu-

(1) Forgue et Reclus. T. II, p. 1187.

dats péri-utérins sont pour ainsi dire baignés et restent sous l'influence directe de la chaleur aussi longtemps que l'équilibre de température ne s'est pas produit entre celle du corps et celle du liquide.

Quelle que soit la façon dont agissent ces lavements chauds — et il est probable que c'est en entraînant des phénomènes de vaso-dilatation et de suractivité circulatoire (J.-L. Faure) — il est certain qu'ils agissent et on doit les recommander fortement.

Leurs bons effets ne tardent pas à se faire sentir : les accidents aigus, la fièvre, les douleurs peuvent disparaître et les phénomènes physiques peuvent s'atténuer d'une façon incroyable. Nous avons pu voir dans le service de M. Bauby des poches tubaires très nettement senties par le toucher à l'entrée de la malade, disparaître, se fondre en quelques jours, sans laisser de trace à l'exploration. Il est manifeste qu'on a évité ainsi à bon nombre de femmes des opérations mutilantes contre une affection si peu grave qu'elle a disparu en quelques jours ou quelques semaines de traitement. C'est donc toujours par ces irrigations qu'il faudra débuter.

Lavements médicamenteux. — Mais la présence d'une masse inflammatoire qui avoisine le rectum et quelquefois le comprime produit des phénomènes de rectile glaireuse, des diarrhées dysentériformes comme les appelait Lasègue, avec ténesme anal. Des

lavements amidonnés et opiacés, les lavements chauds avec une solution de gélatine (5 grammes pour 250 d'eau) calment ces phénomènes. (Dalché.)

Pansements vaginaux. — Les injections vaginales chaudes, si précieuses contre les métrites, sont souvent mal tolérées et dangereuses, d'après Sänger, à la période aiguë ou pendant les poussées subaiguës. Il vaut mieux leur substituer un pansement vaginal à demeure et de simples lavages vulvaires. (Le Dentu et P. Bonnet.)

Après l'apaisement des accidents aigus, on continuera le traitement médical dont il a été question en y joignant les vésicatoires volants dont Le Dentu prend encore la défense, le tamponnement dialyseur du vagin à la glycérine, la *columinisation*. Celle-ci se pratique avec des tampons glycérinés qui remplissent exactement le vagin. D'autre part, si on veut obtenir un bénéfice de ce procédé, on ne doit pas attendre pour le mettre en œuvre qu'il n'existe plus que des brides ou des tissus fibreux autour de l'utérus ; « pour arriver à faire résorber un exsudat, il faut qu'il se trouve dans un état anatomique qui puisse subir la résorption. » (Dalché).

On ne doit donc pas en faire un mode unique de traitement mais la combiner à d'autres procédés et surtout l'appliquer au moment propice.

Lorsqu'on juge que la nature de la phlegmasie

autorise à imprimer sans danger à la malade les mouvements inévitables pour la porter de son lit dans une baignoire, on retirera de bons effets des *grands bains tièdes prolongés*. Autrefois on incorporait à l'eau de ces bains les décoctions d'espèces narcotiques ; on peut y recourir encore aujourd'hui, mais il faut que la décoction soit en quantité suffisante.

Le *bain de siège* ne doit pas être conseillé à cause de la position peu commode qui, provoquant certaines douleurs, lui enlève tout bénéfice.

On ne négligera pas le traitement général qui s'adresse aux formes chroniques non suppurées, survenant chez des malades dont le système nerveux, déjà fort déprimé, ne peut supporter facilement les phases fort longues d'une maladie de l'appareil génital.

Les toniques, les stimulants de l'appareil digestif, les reconstituants sous toutes leurs formes seront employés.

Mais c'est surtout l'hydrothérapie et le traitement hydro-minéral qui exerceront l'action la plus utile.

L'hydrothérapie sera conseillée aussitôt que la malade pourra prendre quelque exercice et coïncidera avec le massage.

Le séjour à la mer ou à la montagne pour « ces bains de soleil » de Terrillon est utile, mais on lui préférera le traitement hydrominéral. Les eaux les plus indiquées sont les bromures sodiques (Salins-du-Jura, Kreusknach, Balaruc, etc.) ; lorsqu'il y a de l'atonie

intestinale, il faudra conseiller Pougues, Châtel-Guyon ou Brigues-les-Bains (Legueu et Labadie-Lagrave).

Les inflammations chroniques, les exsudats péri-utérins, les adhérences pelviennes, sont justiciables d'une méthode de traitement plus moderne, le *massage gynécologique* qui va me servir de transition entre le traitement indirect qui précède et le traitement direct conservateur, le traitement chirurgical.

Le massage gynécologique par la méthode de Thure-Brandt, vulgarisé en France par Stapfer[1], est assez connu pour que je me dispense de décrire ici le manuel opératoire. Il a pour effet de rendre sa souplesse à la cavité pelvienne indurée, infiltrée d'exsudats et d'adhérences immobilisant l'utérus en mauvaise situation. Bien des malades lui doivent le soulagement de leurs souffrances et un retour inespéré à la santé, la reprise d'une vie active.

Howard Kelly le conseille même dans les collections tubaires encore perméables et même purulentes qu'on arriverait ainsi à *exprimer* par la cavité utérine. Mais il va sans dire que ce massage est une chose très délicate, et qu'à moins d'être pratiqué par des mains expérimentées, il n'est pas à conseiller comme les précédents.

(1) Stapfer. *Kinésithérapie gynécologique.* (Œuvre médico-chirurg.).

Il en sera de même de l'*électrolyse intra-utérine*, de l'*électricité faradique*, des *séances répétées de redressement*, moyens à employer à titre exceptionnel mais dangereux au voisinage d'une cavité suppurante.

Le *cathétérisme des trompes* proposé, dès 1849, par Tyler Smith, a été réalisé, paraît-il, par Frankenhausen, Duncan, Hildebrand, Boursier. Martin a des doutes sérieux sur la possibilité de la chose et il lui paraît qu'étant donnée l'exiguité de l'ostium utérin normal, de la coudure de l'isthme, il s'agirait bien plutôt d'une perforation utérine que d'un cathétérisme.

Bien autrement efficace est la *dilatation utérine* suivie du *drainage* prolongé, proposé par Walton en 1887 et que l'on pratique encore assez souvent (Labadie-Lagrave). C'est, pour ma part, l'intervention que je préfère lorsque je dois intervenir.

La dilatation sera progressive, lente, commencée à la laminaire, continuée à l'éponge préparée (Le Dentu) cylindrique et non conique et prolongée pendant 5, 8, 10 jours si la malade la tolère. Dans le cas contraire, on pourra la compléter ou la faire temporairement sous le chloroforme avec des bougies de Hégar. Ce dernier procédé me paraît un peu brutal et je lui préfère de beaucoup la dilatation lente qui ne nécessite pas l'anesthésie et n'expose pas à des lésions du col et quelquefsis à des perforations utérines.

Mais pour apprécier la méthode, il faut savoir si la dilatation de l'utérus peut avoir une influence sur l'orifice utérin des trompes. Delbet [1] n'admet pas cette influence que n'ont pu lui montrer les essais cliniques qu'il a pratiqués. D'autre part, comme les trompes ne sont pas toujours seules malades et qu'il existe fréquemment aussi des lésions de l'ovaire, ainsi qu'il appert des observations bien connues de Martin, Peurdre, Pozzi, Tait, Terrillon, Cerné, Letulle, etc.. l'évacuation de la trompe, en admettant qu'elle soit possible, ne guérira pas l'abcès de l'ovaire.

C'est également l'opinion plus récente de J.-L. Faure qui pense que la dilatation échoue le plus souvent. Que si cependant il s'agit de « pyosalpingites fermées, ni trop volumineuses ni trop adhérentes, on sera autorisé, surtout s'il reste quelque doute sur la nature du contenu, à essayer la dilatation. » (Delbet.)

Mais toutes les fois qu'on fera la dilatation, le curettage et le drainage de l'utérus dans un cas de pyosalpinx, il faudra traiter l'utérus avec beaucoup de ménagements, et renoncer à l'abaissement qui pourrait amener la rupture de la trompe.

Traitement direct

Si les moyens de douceur qui ont fait l'objet du traitement indirect ont été sans résultats, il faut attaquer directement la collection tubaire soit par

(1) Delbet. *Suppurations pelviennes*, p. 307-308.

l'incision, soit par l'hystérectomie vaginale ou abdominale avec ablation des annexes.

Ces deux dernières opérations conviendront aux cas chroniques refroidis ; mais les cas aigus ou subaigus à chaud, comme on dit aujourd'hui, relèveront de l'incision vaginale, de la colpotomie postérieure. C'est d'elle que nous nous occuperons rapidement, car tout en étant chirurgicale, c'est une méthode conservatrice qui, ne détruisant aucun des organes générateurs, permet d'espérer encore une grossesse possible.

Nous avons dit plus haut ses protagonistes dans l'histoire de la chirurgie au siècle dernier, nous n'y reviendrons pas ; elle a cause gagnée aujourd'hui et est devenue une véritable opération d'urgence à la portée de tous les médecins et donne des résultats vraiment surprenants.

Elle consiste à inciser la muqueuse vaginale en travers, d'un cul-de-sac latéral à l'autre, à la base du col. La muqueuse incisée, on découvre tout de suite la poche tendue, de couleur variant du gris sale au violet, dans laquelle on ne plonge plus aujourd'hui ni le trocart à canule de Laroyenne, ni les ciseaux de Kelly, ni la pince-trocart de Chaput, mais tout simplement un bistouri ordinaire. Il faudra se rappeler que la collection affecte trois types bien figurés par Lejars [1] :

(1) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, 3e édition, 1901.

1° L'abcès soulève directement la paroi-vaginale postérieure ;

2° L'abcès est rétro-utérin et ne fait pas relief sur la paroi vaginale postérieure ;

3° Il y a une collection séreuse superficielle précédant l'abcès haut situé.

On se conduira donc comme le comportent ces modalités de l'abcès et, après un lavage de la cavité de l'abcès, on drainera avec un tube de caoutchouc disposé en croix.

Mais cette colpotomie, qui est l'opération de choix pour l'école de Lyon, n'est pour d'autres qu'une méthode palliative et il faut parfois en venir à des opérations plus radicales (hytérectomie vaginale, abdominale avec salpingectomie), sous prétexte que dans la poche qu'on n'a fait qu'inciser, les accidents reparaissent après la cicatrisation, et les malades souffrent comme par le passé.

Tel est l'avis de Legueu, de J.-L. Faure, de Roger[1] mais nous n'avons pas d'arguments assez anciens dans nos observations pour essayer de leur répondre, et nous préférons malgré tout en rester sur le terrain des opérations conservatrices. D'ailleurs les malades accepteront plutôt la simple colpotomie que de s'exposer à l'ablation des annexes. Il s'en trouvera plus d'une qui refusera une opération radi-

(1) Roger. *Indicat. opérat. et choix des interventions dans les suppurations pelviennes.* Thèse de Paris, 1900.

cale complémentaire et qui dira comme la malade de Polk : « Je préfère mourir que d'avoir mes ovaires enlevés » ; ou bien comme cette autre opérée par Post : « J'aurais mieux aimé souffrir, même mourir et avoir des enfants. » (Cité par Pichevin).

D'autre part, les troubles de la ménopause anticipée ne seraient pas pour faire oublier les douleurs atténuées d'une salpingite récidivée (bouffées de chaleur, perte de la mémoire, congestions céphaliques, états neurasthéniques, troubles dans l'appareil vénérien (Jayle, A. Martin).

Aussi a-t-on cherché à conserver aux femmes leurs facultés génératrices, telle est la cause que je défends ; elle est assez noble pour intéresser et je sais mieux que personne combien la majorité des femmes désirent devenir mère. Tel fut le mobile qui guida ceux qui s'élevèrent contre les ovariotomies à outrance ; tel fut le point de départ des *opérations conservatrices*.

Elles ont porté sur l'ovaire et sur la trompe isolément ou sur les deux en même temps. Il n'est pas, en effet, indifférent d'enlever la totalité des annexes ou d'en laisser une partie, et il semble certain que les femmes qui ont conservé un ovaire ou même un *fragment de cet organe* présentent moins de troubles réflexes consécutifs que celles à qui on a tout enlevé. Aussi a-t-on eu tendance, en Allemagne d'abord avec Schrœder et Martin, de conserver au cours d'une laparotomie ce qui pouvait être conservé.

La *salpingostomie*[1] a donné à Martin, à Delbet, à Legueu de beaux succès. Clado[2] a pratiqué une opération semblable, la *salpingo-ovaro-syndèse* ou *salpingorrhaphie*. Enfin, Jaboulay[3] attire par une ouverture vaginale les annexes dans le vagin et les conserve en totalité ou en partie suivant les lésions présentées.

Pozzi[4] fait la *résection de l'ovaire* et son *ignipuncture* et termine par une *salpingorrhaphie*.

Je ne fais que citer ces opérations, sans les décrire, ce qui nous entraînerait trop loin de notre véritable sujet ; il nous a paru opportun de les nommer pour faire voir la tendance générale de l'esprit chirurgical moderne, qui est la conservation des organes de la reproduction.

RÉSULTATS

L'examen des faits est le meilleur des arguments, et nous allons nous décider à choisir la thérapeutique à suivre après avoir exposé le bilan des diverses méthodes.

(1) Skutsch. *Centralbl für gyn.* 1889.

(2) Clado. *Sem. gynécol.*, 1899, p. 25-27, et Ayrolles, th. Paris, 1899.

(3) Jaboulay. *Province méd.*, 1895, et *Arch. prov. de chir.*, 1894.

(4) Pozzi. *Traité de gynécol.*, 1897 (3e édit.).

A). — **Extirpation.**

1° *Résultats immédiats.* — Les statistiques sont nombreuses ; examinons les statistiques déjà anciennes (1889) données par Delbet, et celles de Legueu et Labadie-Lagrave 1899), pour assister aux progrès accomplis dans cette période.

En janvier 1886, Imlach avait enlevé 128 fois les annexes avec une mortalité de 6,2 %.

Meinert (1886), 15 salpingectomies, 1 mort (tétanos).

Martin (1886), 72 cas, 12 morts.

Kaltenbach (1887), 8 cas, 1 mort.

Skene Keith (1887), 22 cas, 0 mort.

Westermark (1887), 10 cas, 1 mort.

Soit un total de 498 salpingectomies avec 41 décès, soit 8 %.

L. Tait (1888), 263 cas, 9 morts, soit 3,42 %.

A la Société de chirurgie, en 1889, Terrillon publie 50 cas de salpingectomies, 2 morts.

Delbèt, résumant sa statistique, donne :

$$219 \text{ cas} \left\{ \begin{array}{l} 175 \text{ guérisons.} \\ 26 \text{ morts.} \\ 18 \text{ résultats inconnus.} \end{array} \right.$$

soit, en retranchant les résultats inconnus (18), 201 faits avec 26 morts. Mortalité : 14,86 %.

Dans le *Traité de Gynécologie*, de Labadie-

Lagrave et Legueu, on peut relever les chiffres suivants :

Jacobs, totalisant toutes les observations récentes françaises et étrangères, arrive au chiffre de 5,7 % de mortalité ; et Bardenheur, sur 1,626 laparotomies, compte 92 morts, soit 5,59 %.

On peut donc évaluer en bloc à 5 % la mortalité opératoire.

2° *Résultats éloignés.* — Sur 136 femmes, Pinesse[1] trouve, de 1 à 6 ans après :

a) 61 salpingo-ovarites kystiques	48 guérisons. 7 améliorations. 6 résultats nuls.
b) 42 salpingo-ovarites blennorrhagiques	17 guérisons. 4 améliorations.
c) 12 salpingo-ovarites mixtes	9 guérisons. 3 améliorations.

La douleur persiste chez 8 pour 100 des opérées.

Dans l'ensemble, d'après Pouchet (d'Amiens), la laparotomie appliquée au traitement des lésions inflammatoires des annexes ne donne que 64,5 % de guérisons définitives.

Il est bon de noter au passage la persistance des douleurs après des salpingectomies ayant évolué de la façon la plus régulière. Presque tous les chirur-

(1) Pinesse. Thèse de Paris, 1894.

giens ont observé des faits de ce genre. « Il y a bien des femmes, dit Coë, qui ont subi l'ablation des ovaires et des trompes, et qui se plaignent précisément des mêmes douleurs qu'auparavant. »

A quoi tiennent ces douleurs ? Delbet pense à deux causes : ou bien il existait des névrites qui continuent à évoluer ; ou bien il s'est produit des adhérences, des cicatrices qui tiraillant l'intestin ou les plexus nerveux du bassin, déterminent des souffrances, par le même mécanisme que le faisait la maladie elle-même. C'est à cette dernière hypothèse que se rattachent Polk, Hunter, Mundé et Delbet. Les douleurs furent telles dans un cas que Péan crut devoir pratiquer l'hystérectomie, « opérations secondaires inutiles, dit Hunter, qui amènent une amélioration temporaire, rarement une guérison. »

Retenons cette persistance des douleurs pour la retourner contre les adversaires des opérations conservatrices.

B). — **Colpotomie**.

Le bilan de la colpotomie est relaté dans les thèses de Morely, d'Herbécourt, de Rosenblat. Ce dernier cite trois cent vingt-un cas d'incision vaginale avec cinq morts, soit 1,7 pour cent.

a). Les *résultats immédiats* sont surprenants et cela tout de suite. Trois semaines après, les malades

sortent de l'hôpital dans les cas légers, un mois après dans les grosses lésions.

b). *Résultats éloignés.* — La plupart des opérées guérissent radicalement (Morély). Sur trente-neuf malades de la statistique de Chaput-Morély :

Les guérisons définitives se maintiennent :

Depuis	6 ans.....	1 cas
—	5 ans.....	1 —
—	18 mois.....	3 —
—	17 mois.....	1 —
—	15 mois.....	2 —
—	12 mois.....	2 —
—	11 mois.....	1 —
—	10 mois.....	1 —
—	7 mois.....	1 —
—	6 mois.....	2 —
—	5 mois.....	1 —

Enfin, des grossesses ont pu survenir et être menées à terme, ce qui vient à l'encontre de l'opinion exprimée par Pozzi en 1890 (Soc. de chir.).

Le traitement purement *médical* se chiffre par une quantité d'améliorations sinon de guérisons ; les malades sont perdues de vue et on n'a pas de renseignements sur les résultats éloignés. Il n'existe pas de statistique de traitement médical, aucune thèse n'ayant été faite sur ce sujet, et je me borne à renvoyer aux excellents résultats obtenus chez les malades de M. Bauby dont je rapporte plus loin des obser-

vations; moi-même ai eu la satisfaction de soulager notablement quelques malades et d'en guérir un petit nombre au moyen de méthodes purement médicales.

Quant aux opérations conservatrices sur la trompe et les ovaires, les thèses récentes de Montana[1] et de Jarsaillon[2] fournissent les chiffres demandés.

Pozzi. — (résection de l'ovaire, ignipuncture et salpingorrhaphie) : 29 cas, 16 guérisons, 3 améliorations, 10 récidives, 9 grossesses.

Martin. — *Salpingostomies* : 8 cas, 7 guérisons, 3 récidives, 1 grossesse.

Polk. — *Salpingostomies* : 8 cas, 5 guérisons, 3 récidives, 1 grossesse.

Montana. — 20 cas, 11 guérisons, 5 améliorations, 4 récidives et 2 grossesses.

Comparons ces chiffres à ceux de Charin qui, sur 51 cas de castration ovarienne bilatérale, a eu 8 récidives (14 0/0).

Donc les chiffres sont assez éloquents pour contredire formellement les affirmations des adversaires des traitements conservateurs; ils guérissent aussi bien que les opérations radicales, ils guérissent même mieux puisqu'ils conservent les fonctions de l'ovaire, la sécrétion interne, la fécondation, la menstruation.

(1) Montana. *Opérat. conserv. de l'ovaire et de la trompe*, thèse de Paris 1900.

(2) Jarsaillon. *De la salpingostomie*, thèse de Lyon 1899.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bauby.

(Annexite double ; traitement médical. — Guérison).

Marie M..., 24 ans, couturière, demeurant à Toulouse.

Antécédents héréditaires. — Père mort apoplectique. Mère morte de tumeur utérine. Quatre sœurs plus âgées, bien portantes.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Réglée à 15 ans, et depuis régulièrement pendant 3 4 jours.

Pertes blanches vers l'âge de 18 ans, avant tout rapport sexuel. Chlorose, dyspepsie, étourdissements, essoufflements.

A 22 ans, blennorrhagie traitée par des injections au permanganate de potasse; pas de retentissement immédiat sur les annexes.

Il y a 18 mois environ, chancre spécifique, suivi à différents intervalles de lésions secondaires (plaques vulvaires, linguales, labiales).

Jamais de grossesse ni fausses couches. Au mois d'avril dernier, nouvelle poussée de gonococcie. Les pertes rede-

viennent verdâtres et s'accompagnent de douleurs dans le bas-ventre, surtout dans les deux fosses iliaques.

Traitement. — Bains, injections, lavements. Les phénomènes s'apaisent.

Maladie actuelle. — Dans les premiers jours de décembre, nouvelles pertes jaunes-verdâtres avec douleurs et cystite.

Les accidents se localisent d'abord sur les annexes droites.

Traitement révulsif et tamponnements vaginaux. Il y a 8 jours, les accidents s'amendent à droite et s'accentuent dans la fosse iliaque gauche.

Retentissement général assez mauvais. Entrée le 25 janvier 1902.

Examen. — L'inspection du ventre ne révèle rien ; la palpation est douloureuse partout. Elle révèle des annexes gros et durs, plus encore à gauche qu'à droite.

Au toucher, col petit, fermé, dur, col de nullipare, et regarde un peu en arrière. Corps normal, en bonne situation.

Le cul-de-sal latéral droit est empâté et douloureux, beaucoup moins cependant que le gauche, qui est presque complètement effacé. Le toucher y est très douloureux. Constipation opiniâtre.

Il y a donc endométrite totale subaiguë avec périmétrite et envahissement bien accusé des annexes des deux côtés.

Repos au lit d'une façon absolue. Applications laudanisées, humides et chaudes sur le ventre, recouvertes d'imperméable.

Injections vaginales chaudes trois fois par jour ; lavements chauds deux fois par jour.

A l'intérieur, potion calmante, légèrement opiacée ;

laxatif chaque trois jours (1 cuillerée à café d'huile de ricin).

Les phénomènes subaigus se sont calmés en peu de jours ; bientôt l'examen, beaucoup moins douloureux, a permis de reconnaître une mobilisation plus facile de l'utérus et une décongestion des culs-de-sac latéraux. Les trompes se sont ensuite dégagées et ont diminué de volume.

Enfin au bout de vingt jours, les choses s'étant notablement améliorées, nous avons voulu compléter le traitement par la décongestion de l'utérus. Des tiges de laminaire, de volume graduellement croissants, ont été placées dans la cavité utérine pendant trois jours au bout desquels il a été facile de pratiquer des injections utérines d'eau iodée (une cuillerée à soupe de teinture d'iode par litre d'eau).

Ces injections ont été continuées pendant dix jours ; au bout de ce temps, tout paraît à peu près calmé et sinon guéri, du moins en voie de très notable amélioration. La malade sort en bon état.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bauby.

(*Annexite double. — Traitement non opératoire. — Guérison*)

Ch. Juliette, 23 ans, lingère, demeurant à Toulouse.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnus.

Antécédents personnels. — Croup à 3 ans 1/2. Rougeole à 7 ans. Réglée à 11 ans 1/2. Bien réglée depuis, durée 4-5 jours. Jamais de pertes blanches. Un accouchement il y a deux ans ; grossesse pénible.

Les règles reviennent normales au bout de deux mois.

Quelques pertes blanches à la fin des règles et durant cinq à six jours, pertes jaunâtres, empesant le linge et sentant mauvais. En même temps douleur dans tout le bas-ventre, accentuée surtout en période menstruelle.

Depuis trois mois environ, ces accidents se sont accusés.

Les pertes deviennent plus abondantes et durent presque tout le mois. La douleur hypogastrique est très vive surtout sur la partie moyenne.

Les dernières règles, qui datent du 13 janvier, furent longues et abondantes.

Entrée à l'hôpital, salle Saint-Louis, le 27 janvier 1902.

Etat général satisfaisant.

A la palpation, douleur dans tout le bas-ventre, mais la sensation est plus vive sur les côtés. On ne perçoit que très peu les annexes.

Au toucher, col dur, petit, fermé et en bonne situation. On suit en avant un sillon assez prononcé qui le sépare du corps. Mobilisation utérine douloureuse. Le corps utérin paraît en antéflexion et est difficile à atteindre.

Le cul-de-sac postérieur paraît libre ; les culs-de-sac latéraux sont douloureux et légèrement empâtés ; ils sont diminués de profondeur.

Le palper et le toucher combinés sont très douloureux, mais permettent de constater des annexes assez volumineuses.

Même traitement que pour la malade de l'observation précédente. La malade sort considérablement améliorée.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bauby.

(Annexite suppurée. Péritonite, colpotomie, traitement médical).

S... (Marguerite), trente-quatre ans, de Toulouse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-douze ans ; la mère a cinquante-sept ans et est bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance.

Réglée à douze ans régulièrement. Elle perdait pendant quatre à six jours. Pas de pertes blanches. Quatre enfants.

Depuis le dernier accouchement, les règles ont diminué d'abondance (2-3 jours) et sont plus irrégulières. Quelques pertes blanches. Malgré cela, la malade est bien portante.

Un incident à noter : aurait avalé une épingle il y a quatre mois.

Brusquement, il y a un mois, se sent très fatiguée ; douleurs abdominales, céphalalgies intenses.

Le médecin appelé pense à de la grippe; la quinine ordonnée produit une amélioration passagère.

Dans cette première période, ce sont les troubles nerveux (dépression) qui dominent.

Il y a douze jours, les accidents reprirent mais avec prédominance abdominale. Violentes douleurs dans l'abdomen, surtout à gauche. Dans la fosse iliaque droite, douleurs en tout comparables à celle de l'appendicite. Le ventre se ballonne ; diarrhée, pas de vomissements.

Etat général très mauvais ; pouls = 140, inappétence absolue. A ce moment, l'idée d'une intervention est repoussée comme au-dessus des forces de la malade.

De plus, au dire de l'entourage, selles purulentes, mais le médecin n'a jamais pu les constater.

Entre à la salle Saint-Louis le 15 janvier 1902.

Etat général précaire. Pouls = 100, petit.

Langue saburrale, anorexie complète, diarrhée.

Ballonnement du ventre.

Percussion : paroi tendue, douloureuse; tympanisme jusqu'au fausses côtes. Impossibilité de bien palper par suite de la douleur provoquée.

Incontinence d'urine et fécale.

Au toucher, col mou, entr'ouvert, déchiré transversalement. Le corps utérin est basculé en arrière; les culs-de-sac latéraux sont presque effacés et très douloureux partout.

Au toucher rectal, tumeur assez grosse, dure, basculée en arrière et qui paraît être le corps utérin.

Colpotomie postérieure qui donne issue à une grande quantité de pus, d'odeur fétide. Drainage.

A quelques jours de là, fistule intestino-vaginale.

A ces notes prises par l'interne du service, M. le professeur Bauby ajoute personnellement ce qui suit :

Cette femme m'avait été amenée par le Dr Sorel.

Elle présentait tous les symptômes locaux et généraux de péritonite aiguë généralisée; ventre ballonné, douloureux, vomissements, pouls petit, température élevée. Mais il était très difficile de préciser la nature, le point de départ de ces accidents. Explorant tous les organes, j'arrivai cependant à éliminer toute affection du tube digestif et à localiser le mal dans la zone génitale. Douleur maxima dans les fosses iliaques et résistances de ces régions, ramollissement du col, infiltration des culs-de-sac, surtout du postérieur, infiltration que l'on retrouve au toucher rectal. Je conclus donc à l'existence d'une ou de deux salpingites purulentes avec péritonite consécutive.

L'intervention par l'abdomen me paraissant trop dange-

reuse en ce moment et trop difficile, celle par le vagin ayant peu de chances de succès, car les tumeurs ne bombaient pas beaucoup et restaient très élevées, je me contentai de prescrire injections chaudes et lavements chauds, applications chaudes, humides, laudanisées, sur tout le ventre, régime sévère et potion opiacée, quinine, etc. La situation s'améliore très légèrement, en tout cas permet d'attendre ; le ventre s'assouplit, la température s'abaisse, les vomissements cessent. Ayant pu confirmer mon diagnostic de suppuration pelvienne, j'attendis pour intervenir que la situation devint tout à fait favorable, lorsque soudain, au début de février, éclatent les symptômes d'une crise péritonéale nouvelle, occasionnée par une poussée inflammatoire avec ou sans rupture d'une collection purulente, car il y a eu douleur violente syncopale, pouls misérable, etc.

Cependant, appelé par mon interne, j'ai assisté au relèvement progressif de la malade et me suis décidé à attendre au lendemain pour ouvrir par le vagin une issue au pus.

Le lendemain, malgré le mauvais état général, anesthésie. Colpotomie postérieure : ouverture d'une grosse collection gauche et d'une plus petite droite ; irrigation, drainage par deux gros tubes. Amélioration considérable, surtout de la douleur.

On ne touche aux drains que le sixième jour.

Mon chef de clinique croit mieux faire en remplaçant mes deux tubes par un drain en croix ; or, il semble que cela n'ait pas été heureux car la température est remontée, des douleurs ont reparu et une fistule intestinale se produit donnant issue à des matières diarrhéiques.

Pendant plusieurs jours, on a supprimé les drains, on s'est contenté d'abondants et fréquents lavages à l'eau bouillie, pénétrant dans le cul-de-sal postérieur.

En outre, la constipation est obtenue par l'extrait thébaïque.

Sous cette double influence, la fistule stercorale se ferme en douze jours.

Tout allait assez bien, la malade se remontait, mais nous avons eu une nouvelle alerte ; les douleurs ont reparu, moins vives et localisées au flanc gauche où l'on trouvait une masse empâtée comme un gros rein mais plus superficiel. Urines chargées et rares, mais il en était ainsi dès le début.

J'ai repris les applications locales calmantes, et la résolution s'est faite peu à peu.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Bauby)

Endométrite et pyo-salpingite gauche. — Curettage. — Extirpation de la trompe par le Douglas

G... Mélanie, 30 ans, repasseuse, de Toulouse.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Variole à un an ; réglée à 14 ans, bien réglée et assez abondamment.

Premier accouchement au mois d'août dernier, normal ; au mois de décembre, règles plus abandantes ; beaucoup de caillot, peut-être fausse couche.

A quelques jours de là, la malade fait une chute dans une cave ; le lendemain, hémorrhagie peu abondante, mais continue jusqu'à ces jours-ci. Douleur dans le bas-ventre, localisée sur la ligne médiane. Entre salle Saint-Louis le 11 janvier 1902.

A la palpation, pas de douleur vive, sauf dans la fosse iliaque droite où l'on peut percevoir les annexes un peu congestionnées.

Utérus mobile, gros et mou.

Col en bonne place, entr'ouvert, déchiré à gauche. Corps gros, débordant de 4 à 5 travers de doigt la symphyse ; antéflexion légère.

2me *examen*. — Corps un peu basculé en arrière ; col gros et mou. Cul-de-sac postérieur un peu empâté.

Le 17 janvier, curettage. Injections intra-utérines d'eau iodée.

Pertes jaunes. Douleur dans la fosse iliaque gauche.

3me *examen*, le 13 février 1902. — Dans le cul-de-sac latéral gauche, tumeur du volume du poing, douloureuse et un peu fluctuante.

A ces notes de l'interne, M. Bauby ajoute ce qui suit :

La tumeur annexielle gauche existait certainement dès le premier jour ; mais elle était noyée dans l'empâtement général de la région. Dans la suite, cet empâtement ayant considérablement diminué, l'utérus étant aussi revenu sur lui-même, les annexes sont devenues beaucoup moins perceptibles ; alors il est apparu que du côté gauche et probablement dans le Douglas existait une collection bien limitée, arrondie, du volume d'une mandarine.

2mo opération, le 21 février. Anesthésie générale.

Incision du cul-de-sac postérieur ; il est libre et je vois arriver de l'épiploon.

Le palper combiné au toucher permet de pousser à l'ouverture la tumeur annexielle et à la dégager à peu près complètement des parties voisines, à l'énucléer.

Je la ponctionne au trocart et j'évacue 3 cuillerées de pus jaune bien lié. Je ferme ensuite l'orifice avec une

pince-clamp qui me permet d'attirer la paroi jusqu'à son pédicule, sur lequel je mets une bonne pince et je sectionne par devant.

La pince est laissée à demeure. Gaze iodoformée en tampons. Suites bonnes.

La pince desserrée le troisième jour est retirée le quatrième ; tampons changés le sixième jour.

La pièce, examinée au laboratoire de M. le professeur Tapie, est une paroi complète sans autre orifice que celui du trocart.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur Bauby

(Endométrite, pyo-salpingite, colpotomie).

F... Marie, 27 ans, de Toulouse.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, irrégulièrement. Pertes blanches, filantes, empeaut le linge, et cela dès l'âge de 14 ans.

Mariée à 24 ans. Fièvre typhoïde à 25 ans.

Perte presque complète des cheveux. A 26 ans, fausse-couche de 6 mois sans cause appréciable.

Depuis lors, règles normales, pertes blanches.

Entre salle Saint-Louis le 2 novembre 1901.

La palpation des fosses iliaques est un peu douloureuse, surtout à droite.

Au toucher, rétrocession marquée ; col gros, béant, ectropion de la lèvre antérieure ; de plus il y a des granu-

lations. Culs-de-sac latéraux libres et l'exploration ne donne pas de sensation bien nette.

La malade se plaint aussi de céphalées nocturnes dans la région occipitale. Cette indication, jointe à la chute des cheveux, à la fausse-couche, a fait songer à de la spécificité. Malgré les plus minutieuses recherches, rien de positif.

Curettage le 7 novembre 1901. Lavage intra-utérin.

Les jours suivants, douleur violente dans la fosse iliaque droite, où la trompe devient perceptible.

Le 10 novembre, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite. T. : 38°4.

Même état pendant quinze jours.

Au toucher, empâtement du cul-de-sac postérieur. Colpotomie le 26 novembre. Ecoulement de beaucoup de pus, lavage, tamponnement à la gaze.

30 novembre. En enlevant les tampons, on constate que les matières fécales s'échappent par la vulve.

3 décembre. La fistule tend à se cicatriser. Les matières, à partir de ce jour, reprennent de plus en plus leur ancienne voie rectale, et la fistule ne tarde pas à s'oblitérer.

La spécificité ne faisant plus de doutes dès l'apparition d'une plaque muqueuse labiale, on fait des injections d'huile grise.

Aux excellentes observations que je dois à mon maître, M. Bauby, je dois en ajouter quelques-unes qui me sont personnelles.

OBSERVATION VI (personnelle).

Pendant mon séjour au Tonkin, je fus appelée à donner mes soins à Mme B..., habitant Haïphong, et mariée à un riche commerçant.

Cette dame, âgée de 24 ans, avait été prise, pendant la nuit, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, qui n'avait fait qu'augmenter jusqu'au matin. De plus, elle avait été prise de nausées, de vomissements et de fièvre. On vint me chercher et je m'empressai de me rendre auprès de la malade, me demandant, d'après les renseignements qui m'avaient été donnés, si je n'avais pas affaire à une appendicite.

Je trouvai la malade dans un état lamentable, poussant des gémissements, le facies grippé, T. : 38°8. Ventre ballonné, douloureux au palper, surtout dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, je sentis des annexes notablement augmentés de volume, remplissant les culs-de-sac latéraux et postérieur ; mais je ne prolongeai pas cet examen très douloureux pour la malade.

Elle m'affirma n'avoir jamais eu de troubles du côté de l'utérus ou des annexes et me dit avoir eu cette crise aiguë à la suite de fatigue exagérée pendant une période menstruelle. Elle avait toujours été bien réglée et normalement ; elle avait accouché dans de bonnes conditions six mois auparavant. Accuse seulement constipation opiniâtre ; à part cela, bonne santé habituelle.

Je portai un diagnostic d'annexite et prescrivis un traitement médical, me réservant de recourir à un chirurgien dans le cas où l'amélioration ne se produirait pas.

Ce traitement consista en repos absolu au lit, boissons délayantes et lait ; contre la douleur, antipyrine et cataplasmes de farine de lin arrosés de laudanum. Je fis prendre ensuite un lavement huileux pour produire une évacuation, et recommandai tout spécialement de grands lavements de un litre et demi avec de l'eau distillée bouillie et donnée à 40°, ainsi que des injections vaginales chaudes.

Le lendemain, la fièvre avait un peu diminué, la douleur

était plus tolérable, l'abdomen plus souple. Je fis quelques pointes de feu dans la région hypogastrique droite et continuai le traitement par le repos et les irrigations chaudes.

Au bout de quinze jours, tout phénomène inflammatoire avait disparu, et ma malade put se lever pour prendre de grands bains ; mais bien qu'elle ne souffrit guère, je lui interdis de rester levée. Au bout de un mois, le ventre était redevenu souple, les culs-de-sac libérés et non douloureux et, en l'absence de tout symptôme, je pus alors permettre à la malade de reprendre ses occupations habituelles en évitant toute fatigue.

J'ai suivi cette malade pendant un an, et elle n'a, à aucun moment, présenté de nouveaux accidents annexiels.

OBSERVATION VII (personnelle)

Cette observation est prise en pays Somali ; il s'agit d'une indigène de Djibouti, une femme de 17 ans.

Je me promenais un soir, accompagné de mon mari, dans le village indigène où j'allais presque tous les jours et où j'étais bien connue pour « savoir guérir ». En passant entre les paillottes, il me sembla entendre des cris de femme, partant de l'une d'elles. Croyant à un accouchement et avide de voir les matrones opérer, j'entrai. Tout le monde s'écarta et je vis au fond de la pièce une pauvre petite négresse n'osant plus geindre en ma présence, étendue sur quelques loques d'étoffe et quatre ou cinq commères autour d'elle ; mon mari connaissant parfaitement la langue, demanda des renseignements et je sus ainsi que cette femme avait eu un enfant deux ans avant, mais, depuis lors, avait d'atroces douleurs dans les fosses iliaques et que rien ne pouvait les soulager, que les com-

mères étaient là pour exercer leur bizarre massage, qui consiste à presser avec les pieds et les poings le ventre de la malheureuse qui pousse alors des hurlements. On parlait aussi de la brûler avec une lame de fer rougie large de trois centimètres.

Après avoir congédié les assistantes, j'ai examiné la pauvre femme. Ce ne fut pas sans peine, car elle se dérobait à mon examen ; je menaçai le mari de m'en aller et celui-ci contraignit sa femme à se laisser examiner.

Palpation très douloureuse dans toute la région abdominale, mais je ne trouvai que de l'empâtement dans les fosses iliaques. Au toucher, je sentis les culs-de-sac tendus et occupés par les annexes augmentées de volume et prolabées, constituant une tumeur bosselée et douloureuse.

J'ordonnai le repos le plus absolu et envoyai chercher chez moi mon bock à injection, mon thermo-cautère, du laudanum et de l'antipyrine. Je rassurai le mari en lui promettant de soigner sa femme suivant la méthode de son pays autant que possible.

Je fis donc un massage très doux pour suppléer au massage par trop énergique de là-bas et me contentai d'applications d'eau chaude avec de vieux chiffons, pendant qu'on lui confectionnait un cataplasme de farine de doura. Quand mon *boy* fut de retour, je fis prendre à la femme un grand lavement chaud et une injection chaude. Je lui fis avaler de l'antipyrine et j'ajoutai quelques gouttes de laudanum à son cataplasme. Je ne crus pas devoir faire de pointes de feu ce jour-là, et me contentai de recommander au mari de faire chauffer des linges et de les lui tenir sur le ventre, persuadé qu'après mon départ, il préférerait faire du pain avec la farine que des cataplasmes.

Le lendemain, pointes de feu. Pendant huit à dix jours, je lui donnai moi-même ses injections et ses lavements et ne la quittai que lorsque l'amélioration fut telle qu'elle

refusa de garder le lit plus longtemps. Cette femme n'a jamais plus souffert pendant les deux années que j'ai pu la suivre à Djibouti.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Lorsque j'étais étudiante à la Faculté de Toulouse, j'amenai un jour à la consultation une paysanne de 22 ans qui venait « se consulter », disait-elle, parce que, étant mariée depuis deux ans, elle n'avait jamais été enceinte et se plaignait d'avoir des pertes blanches très abondantes et des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les lombes et les cuisses.

Elle avait, de plus, de la dysménorrhée, des troubles de la miction à l'époque de ses règles.

Palpation très douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche qui cependant ne présentait rien d'anormal ; la fosse iliaque droite contenait, au contraire, une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, que je sentis d'autant mieux que cette femme était très maigre.

Le toucher révélait un utérus en rétroversion mobile, les culs-de-sac étaient douloureux, mais celui de droite était rempli par cette tumeur ovoïde sentie déjà au palper et correspondant à l'ovaire, et des deux côtés on sentait un gros cordon tortueux, c'était la trompe tuméfiée.

Le diagnostic de salpingo-ovarite étant alors porté, on engagea la malade à entrer à l'hôpital pour se faire enlever ses ovaires malades et qu'elle devait renoncer à tout espoir de maternité. Elle déclara qu'elle se serait soumise à une opération, uniquement pour avoir des enfants, mais que du moment que ce n'était pas possible, elle préférait souffrir que de se faire opérer. Je la pris à part, et lui fis

un peu de morale, mais elle ne voulut rien entendre, me demandant seulement de calmer ses douleurs.

Je lui recommandai les soins de propreté qu'elle ignorait totalement et qui la firent protester de son honnêteté ; je finis par la convaincre et lui conseillai des lavements chauds, des injections chaudes également, le repos au lit et des cataplasmes sur le ventre ; de temps à autre, elle ferait des badigeonnages iodés sur l'hypogastre. Je ne comptais guère voir mes conseils suivis.

Mon étonnement fut grand de la voir revenir six mois après ; elle me dit avoir suivi mes prescriptions, ne souffrait plus et se croyait même enceinte de deux mois ; elle venait pour que je lui en donne la certitude. Je lui représentai l'impossibilité de rien affirmer encore, ce qui ne laissa pas que de l'étonner, car une sage-femme du crû avait été plus affirmative.

Je la renvoyai à elle pour cette affaire, me contentant de savoir ce qu'était devenue sa salpingo-ovarite.

Ventre encore sensible à la pression, mais nullement douloureux ; par le toucher, je constatai des culs-de-sac absolument libres, souples, légèrement douloureux. Utérus mobile, un peu gros. Je la priai de revenir trois mois après, pour savoir si sa grossesse était réelle.

Elle ne manqua pas de revenir me voir et je trouvai un utérus gravide. Je sus depuis qu'elle a accouché à terme et sans nulle complication.

OBSERVATION IX (personnelle).

Je fus appelée, il y a près de deux ans, auprès d'une jeune Arabe, nommée Safia, qui souffrait beaucoup, depuis six mois, et avait subi tous les traitements usités du pays

(piétinements du ventre, massage brutal et cautérisations au fer rouge large de 4 centim.). La pauvre femme maigrissait à vue d'œil, ne mangeait plus, et surtout ne pouvait avoir d'enfant ; aussi, son mari songeait-il à prendre une autre compagne bien que Safia fût très belle. Avant de prendre une décision à cet égard, il vint me prier d'aller la voir afin de savoir si sa stérilité était irrémédiable.

Je me rendis chez lui et je vis couchée « en chien de fusil », dans un immense lit, une magnifique Arabe, à peine bronzée, d'une quinzaine d'années, qui avait les yeux les plus beaux et les plus expressifs que j'ai jamais vus. Elle me prit par le cou, me suppliant de la guérir et, tout en me disant ses douleurs physiques, me mit dans ses confidences : elle était jalouse et ne voulait pas occuper le second rang dans la maison, elle aimait Abdou qui lui donnait beaucoup de bracelets et était un bon mari, elle voulait des enfants et m'appelait à son aide après Allah pour la guérir.

Le mari parti, je procédai à un examen minutieux de cette pauvre femme.

La fosse iliaque gauche était très douloureuse et l'on sentait sous les doigts une tumeur assez nettement délimitée. La palpation ne donne rien dans la fosse iliaque droite indolore.

Au toucher, le col est en position normale, un peu augmenté de volume et induré, utérus mobile et normal, empâtement douloureux dans le Douglas.

Devant son anxiété et voulant agir sur le moral de la malheureuse, je crus devoir lui affirmer qu'elle guérirait et que peut-être elle aurait un enfant ; je réservai mon pronostic vis-à-vis du mari, lui conseillant de ne plus torturer sa femme moralement.

Pendant les premiers jours, j'employai le banal traitement (repos absolu, cataplasmes chauds, révulsifs locaux, calmants, lavements, etc.) ; vers le cinquième jour, les

symptômes douloureux s'étant amendés, je pratiquai la dilation utérine à la laminaire et je pus le lendemain faire un écouvillonnage de la cavité utérine, puis je touchai sa surface interne à la teinture d'iode ; je terminai ici par le drainage à la gaze imbibée de glycérine créosotée. Plus tard j'employai les crayons médicamenteux sans préjudice des lavements, injections, cataplasmes, etc.

L'état de la malade s'améliora très rapidement, et elle ne se leva qu'après un mois de traitement ; j'allais la voir de temps à autre, étant devenue sa grande amie, et lorsque je quittai Djibouti, non seulement tout symptôme douloureux avait disparu, mais la jeune femme était enceinte de trois mois.

CONCLUSIONS

Les fluctuations de la chirurgie ont eu leur contre-coup dans le traitement des annexites. Aujourd'hui, le temps des ablations d'annexites, suppurées ou non, semble prêt à disparaître ; la mortalité opératoire, les échecs thérapeutiques, les douleurs persistantes, les accidents de la ménopause anticipée ont provoqué une réaction en faveur des méthodes conservatrices.

Celles-ci s'adressent indirectement (traitement médical) ou directement à la lésion annexielle (colpotomie).

Les statistiques comparées donnent raison aux partisans des méthodes conservatrices, les unes héritage du passé (colpotomie, dilatation), les autres perfectionnées par les chirurgiens modernes (salpingostomie, résection et ignipuncture de l'ovaire, salpingorrhaphie).

Ces méthodes ont pour avantage d'être moins dangereuses opératoirement, de procurer une sédation immédiate et de ménager les fonctions si impor-

tantes de la sécrétion interne ovarienne et la reproduction

Je dis avec Verchère : « Comme l'on ne castre pas, et avec juste raison, tous les hommes atteints d'orchite blennorrhagique, il ne faut pas davantage castrer les femmes atteintes de salpingo-ovarite. C'est la même lésion, c'est la même affection, avaient dit Bernutz et Gallard ; pourquoi exiger un traitement différent ? C'est d'après les mêmes principes qu'il faut soigner les uns et les autres, et ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qui vous fut fait. »

Au point de vue humanitaire, social, les mots : conservation à outrance devront remplacer ablation à outrance ; il faudra attendre le plus possible avant de livrer les annexes au bistouri. Il n'est pas, en effet, de pire sacrilège que de porter atteinte à la sublime loi de la procréation. N'enlevez donc qu'un organe mort à ses fonctions et respectez celui qui peut survivre à une déchéance souvent momentanée. Vous aurez ainsi sauvegardé le repos et la joie de toute une vie de femme.

Vu : *le Doyen*,
CAUBET.

Vu : *Le Président de la thèse*,
RÉMOND.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 9 juillet 1902.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur, le Doyen délégué,
MÉRIMÉE.